

# LO PÚBLICO Y LO PRIVADO EN SANIDAD

Sergio Minué

«El Sistema Nacional de Salud durará tanto como quede gente con fe para luchar por él».

Aneurin Bevan

## De lo imposible a lo inevitable

«**C**onspirar es concurrir para un fin». Existe un fin y una concurrencia de intereses para alterar sustancialmente el acuerdo social que había estado vigente en Europa durante el último siglo, y que fundaba los sistemas sanitarios en el principio de la solidaridad. Por tanto, existe una conspiración en este caso.

Aquel acuerdo social se fue estableciendo de forma paulatina en los diferentes países europeos al terminar la Segunda Guerra Mundial, aunque previamente se habían ido implantando en ciertos países, como Alemania, desde finales del siglo XIX. Pretendía conseguir un objetivo loable desde el punto de vista ético, pero sobre todo útil desde el punto de vista productivo: proteger a las personas trabajadoras de la ruina que podría suponerles atender los gastos derivados de una enfermedad grave. Como señala Toni Judt [1]: «El estado de bienestar nació de un consenso entre partidos en los albores del siglo XX. Fue implementado por liberales y conservadores para los que la provisión pública de servicios médicos universales, pensiones de jubilación y educación gratuita

representaban no el primer estadio del socialismo del siglo XX, sino la culminación de las reformas liberales del siglo XIX».

Obviamente no era altruismo lo que sustentaba tales políticas, sino la necesidad de conseguir dos objetivos complementarios: mantener la fuerza de trabajo en buenas condiciones para poder realizar su labor y conseguir mantener la paz social el mayor tiempo posible. La forma de desarrollar este modelo social fue diferente en unos países y otros. Alemania ya estableció un sistema al final del XIX basado en las cotizaciones de los trabajadores que generaba los ingresos suficientes para poderles proteger de las contingencias, en materia de salud, que pudieran acontecer. Estos modelos se llaman desde entonces bismarckianos en honor del canciller Bismarck, impulsor político de la medida. Países como Holanda, Bélgica o Francia comparten de una manera muy amplia este modelo.

Fue en los años de la Segunda Guerra Mundial cuando aparece un segundo modelo, cuya máxima y más clara expresión quizá venga definido por los principios nucleares que definen al Sistema Nacional de Salud británico (*National Health Service* o NHS): financiado por impuestos basados en el principio de contribución de acuerdo a la capacidad para pagar, gratuito en el momento de la prestación, utilizado en función de la necesidad con el objetivo de fomentar la equidad dentro del mismo.

De forma que, ya fuera mediante sistemas de cotización compartidos entre trabajadores y empresas, ya fuera a través del establecimiento de modelos basados en la recaudación de impuestos, la enfermedad no desapareció de Europa, pero sí se alivió en buena medida la carga económica que ésta podría significar para las familias.

Los países del sur soportaron durante décadas gobiernos autoritarios y dictatoriales, que en algunos casos también permitie-

ron el establecimiento de sistemas de cotización de los trabajadores. España en ese sentido estableció un modelo de influencias bismarckianas en la primera mitad del siglo XX, que evolucionó tras la instauración del régimen democrático actual hacia un modelo con muchas características de los sistemas nacionales de salud, como el británico, aunque sin abandonar completamente ciertos rasgos característicos de los modelos basados en cotización: el mantenimiento del aseguramiento como fórmula de acceso o la coexistencia de dos modelos de sistema, uno con capacidad de elección entre público y privado para las élites del funcionariado (jueces y magistrados, fuerzas armadas, representantes políticos...) y otro sin capacidad de elección para el resto de los ciudadanos.

En el fondo, esa aspiración a ser un modelo de *Comando y control* (*Command and control*) en la taxonomía de Moran [2], levantaba suspicacias en analistas políticos como él, quien ya en 2000 advertía que los sistemas sanitarios del sur de Europa (Portugal, Italia, Grecia y España, los posteriormente identificados como PIGS) suponían una forma especial de sistemas sanitarios de comando y control, pero en cierta manera poco de fiar (*Insecure command and control* en su propia terminología). Esa falta de confianza en el cumplimiento de los principios que definen a un sistema nacional de salud se consideraba debido, ya en el año 2000, al alto grado de clientelismo y corrupción política que les afectaba, además del hecho de que habían tenido que alcanzar las condiciones exigidas en los acuerdos de Maastrich de convergencia europeo en mucho menos tiempo que sus vecinos del norte de Europa.

El desarrollo de los estados de bienestar europeos permitió alcanzar los niveles más altos de desarrollo económico y social

que nunca antes había conocido Europa. Sin embargo no todo el mundo estaba satisfecho con un modelo semejante de sociedad.

Friedrich von Hayek representa la principal referencia ideológica de un pensamiento alternativo que cuestiona radicalmente ese modelo. En este nuevo modelo se cuestiona especialmente el hecho de que parte de la riqueza y los beneficios conseguidos por los empresarios e inversores debieran ser entregados al Estado para el mantenimiento del sistema de protección social (ya fuera en forma de cotizaciones o impuestos), lo que reducía evidentemente sus ganancias. Así mismo se plantea la necesidad de volver a una situación en que se limite al mínimo la intromisión de los Estados en las relaciones y transacciones entre particulares. En palabras del propio Hayek [3] «debemos enfrentarnos al hecho de que la preservación de la libertad individual es incompatible con la satisfacción de los planteamientos de la justicia redistributiva». Libertad individual y equidad se convierten desde entonces en irreconciliables en ese planteamiento ideológico, generando desde entonces estrategias destinadas a socavar el valor de la equidad (de las cuales la conocida falacia de la necesidad de elegir entre equidad o eficiencia [4] es un ejemplo). Según este punto de vista, la búsqueda de la equidad, en el fondo, fomenta el comportamiento indolente de la ciudadanía, que no tienen que preocuparse por garantizar sus necesidades básicas puesto que es el Estado el que se ocupa de ello. Los planteamientos de los partidos de gobierno británico y norteamericano en las cuatro últimas décadas (Thatcher-Major-Blair-Cameron o Reagan-Bush), dan múltiples ejemplos de esa visión.

Milton Friedman se convierte en los años 50 del pasado siglo en el heredero principal de las ideas de Hayek, a través de la llamada Escuela de Chicago, con una enorme influencia en las

políticas establecidas desde entonces, primero en Norteamérica, después en Latinoamérica, y finalmente en Europa.

Sus tres principios básicos eran la desregulación, la privatización de servicios públicos y la reducción de los gastos sociales al mínimo indispensable [5] (hablamos de gasto social, no gasto público, puesto que siempre se mantuvo el gasto público en armamento). Estas tres líneas estratégicas han ido progresivamente incrementando su presencia en buena parte de los países del mundo, en especial en aquellos en los que había existido hasta entonces un importante papel regulador del Estado, un crecimiento discreto pero sostenido de los gastos sociales y un papel importante del sector público en la provisión de servicios.

Los partidarios de este nuevo modelo social utilizan especialmente las crisis para subvertir el modelo. En palabras de Friedman «solo una crisis, real o percibida, produce cambios reales... Cuando las crisis ocurren, las acciones que se toman dependen de las ideas subyacentes. Esta es, en mi opinión, nuestra función básica: desarrollar alternativas a las políticas existentes, conservarlas vivas y disponibles hasta que lo políticamente imposible se convierta en políticamente inevitable».

Esa crisis puede ser un golpe de Estado (como fue el caso de Chile), un desastre natural, un suceso inesperado (la caída del muro y el proceso consiguiente de privatización masiva en Rusia) o una crisis económica como la actual, que impuso un único modelo para su resolución: el modelo basado en los tres principios de Friedman.

Lógicamente fue Estados Unidos el primer país en donde cuajaron las ideas de Hajek y Friedman, imponiéndose sobre los planteamientos keynesianos vigentes tras la Segunda Guerra Mundial. Pero fue a partir de la década de los 70 cuando consiguieron

un impulso determinante, con la llegada al poder de Thatcher en Reino Unido y Reagan en Estados Unidos. Como bien revelan los documentos confidenciales del gabinete de Margaret Thatcher a principios de los años 80, ya existía entonces un propósito deliberado de socavar los principios del estado de bienestar británico, proceso que sin embargo llevaría décadas por la oposición más o menos organizada de la propia sociedad británica.

No resulta extraño que uno de los asesores de aquella época forme parte del gobierno del *premier* británico actual David Cameron, autor de un libro que lleva el inequívoco título de *Privatizing the World* [6], basado en la más pura ortodoxia de Friedman (desregulación, privatización, recorte de gasto social). En dicho manual, Oliver Letwin aporta un interesante decálogo para realizar ese proceso en cualquier país, uno de cuyos puntos esenciales consiste en convencer a la opinión pública de que el sistema de protección social vigente es insostenible además de ineficiente. Autores como Appleby [7] han demostrado la falacia en el caso británico, lo que no es obstáculo sin embargo para que el proceso siga su curso.

Desde los primeros años 90, Inglaterra ha seguido un proceso progresivo de desmantelamiento del modelo que socialmente había sido consensuado y aceptado durante cincuenta años, en el que han participado indistintamente gobiernos laborista y conservadores. Iniciativas como los Médicos Generales Gestores de Presupuesto (*General Practitioner FundHolding* o GPFH), las Fundaciones de Atención Primaria (*Primary Care Trust*), los Partenariados Público Privados (*Public Private Partnership* o PPP) o más recientemente los Grupos de Comisionado Clínico (*Clinical Commissioning Groups*) parecen ser pasos en una misma dirección.

La aprobación, pese al enorme grado de contestación social del *Health Social Care Act*, la ley británica que modifica sustancialmente el modelo de sistema inglés, abre las puertas a una participación amplia de empresas multinacionales en la prestación de la asistencia sanitaria. Las recomendaciones de Letwin de 25 años antes han sido aplicadas de forma rigurosa: convertir al NHS en una entidad independiente (*trust*), aumentar la utilización de empresas mixtas (*joint ventures*) público-privadas, e ir estableciendo un sistema de aseguramiento nacional con seguros individuales.

Reynolds y McKee explicaron algunas de las causas de ese proceso [8]: a mediados de los años 90 el mercado de los seguros sanitarios americanos estaba saturado con escasas posibilidades de crecimiento. En aquellos años Latinoamérica representaba un mercado interesante, en buena medida gracias a las reformas económicas que se habían realizado bajo la influencia directa del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, garantes de la financiación necesaria para los procesos de cambio. Estos procesos de privatización a gran escala recibieron el nombre de "ajustes estructurales" (*structural adjustments*). Pero las oportunidades en aquellos mercados eran también muy limitadas, dada la existencia de una gran parte de la población sin recursos suficientes para contratar una póliza. Quedaba el mercado europeo. Pero en aquellos años los sistemas sanitarios europeos gozaban de una importante aceptación social, además de alcanzar los mejores resultados en comparaciones internacionales, ya se midiera eficiencia, gasto o resultados en salud.

A pesar de ello fueron introduciéndose, primero en Inglaterra y posteriormente en otros países como España, algunos instrumentos señalados por esa hoja de ruta: modelos de competencia entre proveedores como los GPFH, que no demostraron mejores

(ni peores) resultados, pero sí que incrementaron el coste por persona en 2.68 libras (Reynolds, 2012); establecimiento de fórmulas de externalización de servicios, inicialmente de servicios auxiliares (lavandería, catering, aparcamiento), pero que progresivamente fueron incluyendo más servicios fundamentales. Primero los *Private Financial Initiatives* (PFI), de amplio uso en España, y posteriormente los PPP, de los cuales los modelos de Concesión Administrativa implantados por los gobiernos de la derecha española en Valencia y Madrid son buenos ejemplos, sin haber demostrado mejores resultados [9].

Era preciso, por lo tanto, un proceso gradual de cambio en esa opinión pública, además de una buena oportunidad para generar el cambio. La crisis económica iniciada en 2008 y mantenida hasta la fecha (y probablemente unos cuantos años más) ha sido la mejor oportunidad para el cambio.

Sin embargo, para que el proceso de cambio sea exitoso se necesitan emplear algunas palancas más que permitan subvertir un modelo social aceptado durante casi un siglo: la primera de ellas es consecuencia de la propia crisis. A pesar de ser una crisis en la que buena parte de la responsabilidad recae en el comportamiento de las propias entidades financieras, son los Estados los que han acabado endeudados en proporciones gigantescas para poder salvar a las entidades responsables de la crisis. Los mecanismos de ajuste establecidos por la Troika para corregir la situación establecen férreas condiciones alineadas con los mismos principios de Friedman y Letwin (adelgazamiento del sector público, recorte del gasto social, fomento de la privatización).

Por otro lado, y aunque aparentemente existe un grupo político socialista con amplia representación en el parlamento europeo, la política dominante a nivel de la Unión Europea en esta



materia solo apunta en una dirección, ya sea por ignorancia o complicidad de partidos que aparentemente defendían otro modelo de sociedad.

Ya en 2008 la Unión Europea aprobó las normas que obligan a todos los países a facilitar los procesos de competencia entre proveedores de acuerdo a garantizar la igualdad de oportunidades de cualquier proveedor cualificado (*any qualified provider*) [10]. Y durante el año 2014 se ha estado negociando a espaldas de los electores, y sin que haya sido motivo de discusión o debate en las elecciones europeas de ese mismo año, el Tratado de libre comercio entre Estados Unidos y Europa (TTIP o *Transatlantic Trade Investment Partnership*), destinado a armonizar las transacciones entre empresas y proveedores a ambos lados del Atlántico, y que modifica sustancialmente las reglas de juego del mercado sanitario, permitiendo que cualquier empresa multinacional pueda demandar a gobiernos nacionales si consideran que sus intereses comerciales pueden ser perjudicados. En definitiva, las leyes de la competencia europeas están diseñadas para que una vez que un servicio sea privatizado no haya forma de recuperar su carácter público.

Conviene señalar que tanto el Partido Popular como el Partido Socialista en España han apoyado en el congreso dicho tratado.

Se demuestra así que Judt estaba en lo cierto cuando consideraba como el hecho más definitorio del siglo XX (después de la omnipresencia de la guerra), la reducción del poder de las naciones a manos de las grandes corporaciones multinacionales.

En definitiva, lo que está en juego en los países europeos en este momento es el mantenimiento de un modelo sanitario basado en la solidaridad [11] (con imprescindibles y necesarios cambios), o la emergencia de un nuevo modelo en el que la salud se convierte en una mercancía más sujeta a las leyes del mercado.

## Privatización: un término equívoco

Desde el principio del presente trabajo se ha considerado al NHS británico el paradigma del modelo de sistema nacional de salud (o modelo de "Comando y Control" en la taxonomía de Moran), y por ello, en cierta forma, de estado de bienestar hasta su progresivo desmantelamiento en las últimas décadas por conservadores y laboristas.

Sin embargo, la provisión de servicios médicos en atención primaria ha sido realizada desde su constitución, no por personas profesionales asalariadas trabajadoras de instituciones públicas, sino por profesionales independientes (una especie de personas trabajadoras autónomas que solo en las últimas décadas acabaron constituyéndose en algo parecido a cooperativas o sociedades profesionales, a la manera de un bufete de abogacía). En ese sentido podría considerarse que la joya de la corona del modelo que pasa por ser el paradigma de un Sistema Nacional de salud (sus médicos/as generales o GPs), está constituida por proveedores privados.

Por lo tanto, la diferencia entre lo público y lo privado dista de ser sencilla en el análisis de servicios sanitarios.

Tradicionalmente se ha considerado sector público aquel dependiente de la administración del Estado (a nivel nacional, regional o municipal), mientras que se identifica como privadas a aquellas instituciones o servicios fuera del control de dicha administración [12].

El *European Observatory on Health System and Policy* define privatización en los sistemas sanitarios como «el proceso de transferencia de propiedad y funciones gubernamentales de entidades públicas a privadas (ya sean organizaciones con o sin ánimo de lucro)». Este proceso de transferencia puede afectar a la financiación, la provisión, la gestión o la inversión [13].

Según Oliver Letwin, uno de los principales ideólogos del modelo de mercado en los sistemas sanitarios, la privatización típicamente se manifiesta de tres formas: externalización de servicios prestados por el gobierno, desregulación de actividades previamente dominadas por el sector público, o venta de bienes públicos a compañías privadas.

Por lo tanto, conviene diferenciar el carácter público o privado de la provisión de servicios de la existencia de una estrategia explícita dirigida a reducir o desmantelar definitivamente lo público, trasvasando sus recursos, bienes y capacidades al sector privado.

Como se observa en el caso británico, un sistema sanitario público puede perfectamente realizar su misión sin que los proveedores de sus servicios necesariamente sean trabajadores asalariados del mismo. Eso sí, el sector público mantiene en todo momento su responsabilidad sobre la provisión del servicio, y la capacidad de abolir la prestación de servicios incompetentes sin menoscabo de su patrimonio. Circunstancias que, por el contrario, no existen en las fórmulas de partenariado público privado en que se "protege" la inversión de entidades privadas con cláusulas abusivas de indemnización en caso de suspensión del contrato; y que, a diferencia de lo que ocurre con los médicos generales británicos, obligan al Estado a "rescatar" a las empresas adjudicatarias de estos modelos de contratación en el momento que entran en pérdidas.

## **Público y privado: ¿Cuál es más eficiente? ¿Cuál ofrece servicios de mejor calidad?**

Si no resulta fácil diferenciar entre lo público y lo privado, no lo es menos realizar estudios de comparación entre ambos, especial-

mente por la debilidad de los sistemas de evaluación del desempeño en los sistemas sanitarios [14].

Pero resulta evidente que a pesar de las escasas evidencias existentes sobre el mejor desempeño o eficiencia de los proveedores privados sobre los públicos, la orientación hacia una creciente provisión privada de servicios sanitarios es cada vez más claro [15]. El propio Fondo Monetario Internacional recomienda explícitamente la provisión privada de servicios como requisito imprescindible en las condiciones del préstamo en los países que así lo necesiten [16].

En una reciente revisión de la literatura sobre la comparación de la eficiencia entre provisión pública y privada presentábamos las siguientes conclusiones [17]:

- La hipótesis de que la asistencia sanitaria privada es más efectiva o eficiente que la pública no está demostrada empíricamente en los países de ingresos medios y bajos.
- No existe evidencia en estudios empíricos internacionales de la mayor eficiencia de la provisión privada en países desarrollados.
- La existencia de mecanismos de rendición de cuentas que permitan disponer de información fiable sobre el desempeño de los proveedores sanitarios, sean éstos públicos o privados, debe considerarse una prioridad vital en cualquier sistema sanitario.
- Aunque las "nuevas" formas de gestión directa aspiran a un cambio normativo que les libere de los aspectos más asfixiantes del control administrativo y presupuestario, no existen suficientes estudios empíricos que demuestren claramente la mayor eficiencia de estas estrategias de reforma.

- Las fórmulas de gestión indirecta implican la participación en la producción de servicios del sector privado. A pesar de su importante implantación en España no existen evaluaciones con el necesario rigor metodológico que permitan valorar la efectividad o eficiencia de este tipo de innovaciones.

Por todo ello, una vez son recomendables las sugerencias de Albreht en relación con el debate entre lo público y lo privado:

En cualquier caso, y siguiendo a Albreht [18], cualquier proceso de privatización debería tener en cuenta ciertas consideraciones:

- La atención sanitaria no debería ser considerada como una mercancía más.
- La privatización es un proceso que requiere definir claramente los objetivos a alcanzar en materia de política sanitaria.
- La privatización de la provisión y/o el aseguramiento supone siempre una amenaza potencial a la equidad y accesibilidad a los servicios sanitarios, que debe ser controlada.
- El núcleo fundamental del sistema sanitario debería ser financiado públicamente, independientemente de que la provisión sea de un tipo u otro.
- La privatización de la provisión, los seguros o las instalaciones necesitan ser reguladas, monitorizadas y evaluadas bajo los mismos términos que sus equivalentes públicos.
- Es imprescindible garantizar la rendición de cuentas sobre recursos públicos, aún más necesario en la situación de crisis actual. La existencia de mecanismos de transparencia y evaluación del desempeño de los proveedores sanitarios, públicos o privados, debería considerarse una prioridad esencial en cualquier sistema sanitario.

## Bibliografía

- [1] Judt, T. (2008). *Reappraisals. Reflections on the forgotten twentieth Century*. New York: The penguin press ed.
- [2] Moran, M. (2000). "Understanding the Welfare State: the case of Health Care". *British Journal of Politics and International Relations*, 135-160.
- [3] Klein, N. (2007). *La doctrina del shock*. Madrid: Planeta.
- [4] Reidpath, D. D.; Olafsdottir, A. E.; Pokhrel, S.; Allotey, P. (2012). "The fallacy of the equity-efficiency trade off: rethinking the efficient health system". *BMC Public Health* 12 (Suppl 1): S3.
- [5] Friedman, M. (1966). *Capitalismo y libertad*. Madrid: Rialp.
- [6] Letwin, O. (1988). *Privatising the World: A Study of International Privatisation in Theory and Practice*, p. 74. London: Cassell.
- [7] Appleby, J. (2011). "Does poor health justify NHS reform?". *BMJ* 342: d566.
- [8] Reynolds, L.; McKee, M. (2012). "Opening the oyster: the 2010-11 NHS reforms in England". *Clinical Medicine*, vol. 12, n° 2: 128-32.
- [9] NHS European Office (2011). *The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model - from the region of Valencia*. Brussels.
- [10] Reynold, L.; McKee, M. (2012). "Any qualified provider". *The Lancet* 379: 1083-4
- [11] Hart, J. T. (2006). *The political economy of health care*. Bristol: The Policy Press. University of Bristol.
- [12] Bennett, S. (1992). "Promoting the private sector: a review of developing country trends". *Health Policy Plan* 7: 97-110.
- [13] Maarse, H. (2006). "The privatization of health care in Europe: an eight country analysis". *Journal of Health Politics, Policy and Law* 31(5): 981-1014.

- [14] Basu, S.; Andrews, J.; Kishore, S.; Panjabi, R.; Stuckler, D. (2012). "Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review". *PLOS Medicine* 9(6): e1001244. doi:10.1371/journal.pmed.1001244.
- [15] Reynolds, L.; McKee, M. (2012). "Opening the oyster: the 2010-11 NHS reforms in England". *Clinical Medicine*, vol. 12, n° 2: 128-32.
- [16] Stuckler, D.; Basu, S. (2009). "The International Monetary Fund's effects on global health: before and after the 2008 financial crisis". *International Journal of Health Service* 39: 771-781.
- [17] Minué, S.; Martín, J. J. (2013). "Gestión privada: ¿Más eficiente?". *AMF* 9(1): 15-23.
- [18] Albrecht, T. (2009). "Privatization processes in health care in Europe –a move in the right direction, a 'trendy' option, or a step back?". *European Journal of Public Health* 19(5): 448-451.

